



Nom, prénom du demandeur :

Adresse postale :

Adresse courriel :

Tél :

FEDERATION FRANCAISE DE RUGBY  
**COMITE MEDICAL / SECRETARIAT MEDICAL**  
3/5, RUE JEAN DE MONTAIGU  
91460 MARCOUSSIS

Date de la demande : ...../...../.....

**PHASE 2 : Demande de licence FFR avec port des « Lunettes spéciales rugby » homologuées par World Rugby  
(après avis favorable du Comité Médical de la FFR)**

Je fais suite à l'avis favorable du Comité Médical de la FFR relative à la levée de ma contre-indication ophtalmologique, et **je vous prie de trouver en pièces jointes les documents suivants :**

- 2.1. Un formulaire de demande d'Affiliation Sportive (AS), dûment complété avec photo du demandeur (à éditer sur l'espace Intranet FFR du club d'accueil).

**Important :**

*Le certificat de non contre-indication à la pratique du rugby figurant sur l'(AS), doit être signé et tamponné par le médecin traitant ou le médecin spécialiste ayant effectué l'examen général de santé. Le demandeur **devra se munir pour cet examen général de santé, de son dossier médical ophtalmologique complet et de l'avis favorable du Comité Médical de la FFR sur la levée de sa contre-indication ophtalmologique.***

- 2.2. Une lettre d'engagement, datée et signée par mes soins, d'acquiescer et de porter les « Lunettes spéciales rugby » homologuées par World Rugby en toutes circonstances de match et d'entraînement (**selon modèle fourni par la FFR**).

**Document complémentaire à fournir pour les mineurs :**

- Une lettre d'engagement, datée et signée par le(les) représentant(s) légal(legaux), relative à l'acquisition et au port des « Lunettes spéciales rugby » homologuées par World Rugby en toutes circonstances de match et d'entraînement (**selon modèle fourni par la FFR**).

**pour étude finale de ma demande par la FFR.**

**Dans l'attente de votre décision.**

|  |  |
|--|--|
| <b><u>Signature du demandeur :</u></b><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> | <b><u>Pour le demandeur mineur :</u></b><br>Signature(s) obligatoire(s) du(des) représentant(s) légal(legaux) :<br><b><u>Nom(s) et Prénom(s) du/des signataire(s) :</u></b><br><br><b><u>Tél :</u></b><br><b><u>Signature(s) :</u></b> |
|--|--|